

こどもの健康・育ち調査票

令和 年(西暦20 ) 月 日

ふりがな	男・女		平成・令和 年(西暦20 )		現在					
児童名	第 子		月 日 生まれ		満 歳		か 月			
出生時の状況	・妊娠中の異常 無・有 ( 貧血・結核・妊娠高血圧症候群・その他【 】) ・分娩の状況 正常・異常 ( 帝王切開・吸引・骨盤位・その他【 】) 安産・難産・早産 ( 月 ) 保育器使用 : 無・有 ( 日間 ) ・出生時の状況 体重 ( g ) ・身長 ( cm ) 仮死 : 無・有 黄疸 : なし・普通・強 ・出生時、診断を受けた病名・障害名 ( )									
出生後の状況	・栄養方法 ( 粉ミルク・混合・母乳 ) ・首のすわり ( 月 ) ・寝返り ( 月 ) ・おすわり ( 月 ) ・はいはい ( 月 ) ・歩行 ( 月 )									
既往歴	・食物アレルギー 無・わからない・有 ( 食品名 : ) ・医師の指示による除去食品 無・有 ( 食品名 : ) * 入園までに何か変化がありましたら、速やかにご連絡ください。									
	脱臼	熱性けいれん			アナフィラキシー			肝炎		
	無・有	常備薬 無・有			起きた原因 ( )			無・有		
	直近の発生日 ( 年 月 )	起こした回数 ( 回 ) 直近の発生日 ( 年 月 )			起こした回数 ( 回 ) 直近の発生日 ( 年 月 )			有 → B型・C型・キャリア 診断を受けた年齢 ( 歳 )		
	はしか	水ぼうそう	風しん	ぜんそく	心臓病	ひきつけ	おたふくかぜ	百日咳	その他	
	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳		
予防接種	ロタウイルス (1価) or (5価)		B型肝炎	Hib	肺炎球菌	四種混合	BCG	MR (麻しん・風しん)	水痘	日本脳炎
	1回目	1回目	1回目	1回目	1回目	1回目	未・済	1期	1回目	1回目
	2回目	2回目	2回目	2回目	2回目	2回目		2期	2回目	2回目
3回目	3回目	3回目	4回目	3回目	3回目	追加			3回目	
発育の状況	該当する項目に☑を入れてください。									
	0~2歳児					3~5歳児				
	<input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向く <input type="checkbox"/> 単語・2語文を話せる <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> トイレを知らせる <input type="checkbox"/> 身近な人に甘えたり、スキンシップを嫌がらない <input type="checkbox"/> してほしいことや要求を、指さしやしぐさや言葉で知らせることができる <input type="checkbox"/> 制止されると、やめたり止まったりできる					<input type="checkbox"/> 自分の名前がフルネームで言える <input type="checkbox"/> 名前を呼ぶと振り向いて呼んだ人を見る <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 走ることができる <input type="checkbox"/> 自分で排泄ができる <input type="checkbox"/> 身近な大人に甘えたり頼ったりする <input type="checkbox"/> してほしいことや要求を伝えることができる <input type="checkbox"/> 制止されると、やめたり止まったりできる				
健診の状況	4か月健診 ( 受診・未受診 ) 1歳6か月健診 ( 受診・未受診 ) 3歳6か月 ( 受診・未受診 )									
	・お子さんの発育・発達について、過去、現在利用している、または今後相談、利用する予定のある施設はありますか。 ( 例 : すこやか・約束クリニック・つくし園・くまさん教室・家庭児童相談課 など ) 無・有 ( 施設名 : ) * 健診の結果等について、市役所内や各施設と情報交流することをご理解、ご了承ください。									
健康状態・発達について	・その他、気になっていることや伝えたいことがあれば具体的に記入してください。									
・ご家族で結核性疾患の既往や現在治療中の人はいますか。 いない・いる ( 治っている・自宅治療中・薬服薬中・入院中 )										
・日本スポーツ振興センターに加入していますか。 はい・いいえ 「はい」と答えた方は、以前加入した園名をお知らせください。( 園名 : )										